

「新生兒聽力篩檢補助服務方案計畫」申請書

本醫事機構自 年 月 日起申請參加國民健康署
「新生兒聽力篩檢補助服務方案計畫」，並同意依本方案相
關規定，並落實執行新生兒聽力篩檢，以維本方案服務之品
質。

此 致

國民健康署

院所名稱：

院所層級：

地址：

健保特約醫事機構代碼：

所屬健保分區別：

代表人：

計畫聯絡人：

聯絡電話：()

聯絡人電子信箱：

執行新生兒聽力篩檢醫療機構名稱：

醫事機構特約章戳

(醫事機構印章)

(代表人印章)

中 華 民 國 年 月 日